

AL COMUNE DI SIMAXIS
UFFICIO SERVIZI SOCIALI

Oggetto: L. 162/1998 - Piani personalizzati di sostegno a favore di persone con handicap grave. ANNO 2026.

RICHIESTA PREDISPOSIZIONE PROGETTO:

☐ **NUOVA ISTANZA**

☐ **RINNOVO**

Il Sottoscritto _____ nato a _____ il
_____/_____/_____, Residente a _____ in via/p.zza
_____, n. _____ Tel/cell. _____
C.F. _____, e- mail _____

CHIEDE

di beneficiare del contributo di cui all'oggetto per se stesso/a ovvero in qualità di

- ☐ Destinatario del Piano
- ☐ Incaricato della tutela
- ☐ Titolare della patria potestà
- ☐ Amministratore di sostegno della persona destinataria del piano.

Nome e Cognome _____

Luogo e Data di Nascita. _____ Residenza _____

Via/piazza _____ n. ____ Tel/Cell _____

C.F. _____

A tal fine Dichiara:

- ☐ di essere in possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente per accedere ai benefici della L. 162/98
- ☐ di essere consapevole che in caso di dichiarazioni mendaci, falsità in atti o uso di atti falsi, oltre alle sanzioni penali previste dall'art. 76 D.P.R. n. 445/2000,

l'Amministrazione provvederà alla revoca dei benefici eventualmente concessi, come previsto dall'art. 75 del medesimo D.P.R. 445/2000.

- ☐ Di dare il proprio consenso al controllo della corrispondenza di quanto dichiarato con le risultanze dei dati custoditi dalla competente amministrazione pubblica, ai sensi dell'art. 71, co. 3 del DPR n. 445/2000;
- ☐ Di essere a conoscenza che il trattamento dei dati personali forniti avverrà nel rispetto di quanto sancito in osservanza della legge sulla privacy GDPR del 25.05.2018 "Codice in materia di protezione dei Dati Personali".

Allega alla presente:

- ☐ La **certificazione attestante l'handicap grave** ai sensi dell'art. 3 comma 3 della L. 104/92
- ☐ La **Scheda Salute**, aggiornata ove necessario, da far compilare dal proprio Medico di Medicina Generale (medico di base) o dal Pediatra di libera scelta o altro Medico di Struttura Pubblica.
- ☐ la certificazione ISEE del nucleo familiare **con scadenza 31.12.2026**;
- ☐ Modulo Comunicazione IBAN;
- ☐ La **dichiarazione sostitutiva** dell'atto di notorietà attestante le altre entrate percepite dal titolare del piano nell'anno 2025, derivanti da pensioni assistenziali, rendite e altre provvidenze socio-sanitarie e le eventuali certificazioni di pensione di invalidità e di accompagnamento;

Luogo e Data _____

FIRMA

La presente Istanza dovrà essere consegnata all'Ufficio Protocollo del Comune di Simaxis **entro e non oltre il 15.03.2026**